

Erstes ärztliches Zeugnis Krankentaggeld-Versicherung

Adresse Arzt/Klinik

Referenz-Nummer	Patient/in	Ereignis vom	Sachbearbeiter/In
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Geburtsdatum		
	<input type="text"/>		

Sollte der Patient/die Patientin bereits wieder arbeitsfähig sein, bitten wir Sie, nur die Fragen **1, 2, 3b** und **6** auf diesem Formular zu beantworten. Für allfällige Bemerkungen und Vorschläge verwenden Sie bitte die Rückseite oder ein Zusatzblatt.

1. **Beginn** der medizinischen Behandlung:

2. **Befunde:**

Diagnose:

3. a) Wann und in welcher Art hat sich das Leiden gemäss Patient/in erstmals manifestiert (**kurze Anamnese**)?
Falls Unfall: Datum/Unfallhergang?

3. b) War der Patient/die Patientin wegen **dieses Leidens schon früher in ärztlicher Behandlung**? Ja Nein
Wenn ja, wann und bei welchem Arzt/welcher Ärztin?

4. Haben **andere Faktoren** (z.B. frühere Krankheiten oder Unfälle, Gebrechen, Suchtverhalten) Einfluss auf dieses Leiden? Ja Nein
Wenn ja, welche?

5. Art der **Behandlung**? Durch wen?

Bei allfälliger stationärer Behandlung Spital? vom bis

6. **Arbeitsunfähigkeit** als ... bezogen auf das Arbeitspensum von %
 % vom bis % vom bis

Wann kann mit einer Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden?

Ist die **Wiederaufnahme** der Arbeit **vor dem Wochenende** möglich? Ja Nein

7. Könnte die Wiederaufnahme der Arbeit oder die Steigerung der Arbeitsfähigkeit mit **nichtmedizinischen Massnahmen** gefördert werden (z.B. Transport zum Arbeitsort, soziale oder familiäre Unterstützung)? Ja Nein
Wenn ja, mit welchen und in welchem **Ausmass**?

8. Gilt dieses Zeugnis als **Schlusszeugnis**? Ja Nein
Falls Nein, wann liegen voraussichtlich neue Erkenntnisse bezüglich des Gesundheitszustandes Ihres Patienten/Ihrer Patientin vor, welche die Einforderung eines **nächsten Arztzeugnisses sinnvoll** machen?

9. Sind **weitere Leistungsträger** beteiligt (UVG, Krankenkasse, IV etc.)? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Ort und Datum	KSK-Nummer	Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>